ITEM 145 : INFECTION NASO-SINUSIENNE

RHINITE AIGUË

Rhinopharyngite = inflammation de l'état supérieur du pharynx (rhinopharynx ou cavum) ± atteinte nasale

Formes cliniques

Rhinite aiguë de l'adulte

= Rhume banal : affection épidémique et contagieuse, fréquente en automne-hiver, 0-4/an/personne
- **Infection** quasi-exclusivement **virale** : **rhinovirus, influenzae, coronavirus, adénovirus, para-influenza, VRS, métapneumovirus**…
- Durée, intensité et gravité variable : généralement **5 à 20 jours**
- Complication (< 1%) : **sinusite ++, syndrome méningé, complication oculaire** ou **cervico-médiastinale**

C
- Début : sentiment de lassitude vague, frissonnement, pesanteur de la tête, courbatures
- Dans les heures suivantes : - Rhinopharynx : **sécheresse, cuisson, brûlure**
  - Fosses nasales : **prurit, éternuement, rhinorrhée, larmoiement**
- **Obstruction nasale**, unilatérale, bilatérale ou à bascule
- **Ecoulement** : - **Liquide séreux, incolore, filant, irritant** les orifices narinaires et la lèvre supérieure, avec mouchage incessant
  - Puis **sécrétions épaisses, colorées** (jaune-vert) ± **stries sanguinolentes**
  - Puis **sécrétions moins épaisses, claires, muqueuses**, avant de disparaître
- **Céphalées frontales**
- **Peu/non fébrile (38°C)**
- **Rhinoscopie** : muqueuse rouge, avec hypertrophie congestive des cornets inférieurs

Rhinite aiguë du nourrisson

= Touchant l'enfant **< 6 mois**, à respiration nasale exclusive
- Symptomatologie : de la simple **obstruction nasale bilatérale** intermittente à la **détresse respiratoire**
- Examen des fosses nasales : œdème de la muqueuse, cornets inférieurs tuméfiés
- DD : atrésie de choane, hypoplasie des orifices piriformes, ou autres malformations faciales

Rhino-pharyngite de l'enfant

- Rhinite + signes associés : **respiration buccale bruyante**, **fièvre** (généralement < 38,5°)
- Examen : - **Rhinorrhée antérieure mucopurulente** bilatérale
  - **Rhinorrhée postérieure** : épais tapis de mucus sur la paroi postérieure du pharynx
  - **Discrète rougeur de la muqueuse pharyngée** (≠ angine)
  - **ADP cervicales** bilatérales, inflammatoires et sensibles

Rhinite allergique

= Rhinite aiguë, prédominant classiquement au printemps
- **Obstruction nasale, rhinorrhée claire abondante, éternuements en salves**
- **Conjonctivite allergique** et **prurit palatin** souvent associés

TTT

- **Lavage des fosses nasales** au sérum physiologique associés au **mouchage du nez/aspiration au mouche-bébé**
- **Antalgique** si douleur, **antipyrétique** si fièvre
- Obstruction nasale invalidante chez l'adulte : **vasoconstricteur** par voie nasale

→ Traitement antibiotique par voie générale non justifié

SINUSITE AIGUË

Sinusite aiguë = atteinte infectieuse aiguë, virale ou bactérienne, de la muqueuse d'une ou plusieurs cavités sinusiennes
- Apparition progressive: **sinus ethmoïde** (1er mois de vie), **maxillaire** (3-4 ans), **frontal** (5-10 ans) puis **sphénoïdal** (10-15 ans)
- Voie : - **Nasale** (**rhinogène**) à la suite d'une **rhinite aiguë** ou dans un **contexte de barotraumatisme** : **pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, streptocoque, *Moraxella catarrhalis*, staphylocoque**
  - **Dentaire**, par propagation d'une infection dentaire : **germes anaérobies**, ***Aspergillus***

Diagnostic

Sinusite maxillaire aiguë

= La plus fréquente, le plus souvent au cours de l'évolution d'une rhinite banale par surinfection bactérienne chez un adulte ou un enfant > 3 ans
- **Douleur sous-orbitaire** : unilatérale, pulsatile, ↑ à l'effort et au procubitus, recrudescence vespérale
- **Rhinoscopie antérieure** : **pus au méat moyen** du côté douloureux
- **Douleur provoquée par la pression des points sinusiens** (sans valeur diagnostique)
- Rechercher des signes de **complication neuro-méningée** ou **oculaire** (rare) : syndrome méningé, altération de conscience, exophtalmie, œdème palpébral, trouble oculomoteur, baisse d'acuité visuelle

→ Sinusite maxillaire unilatérale subaiguë, sans contexte de rhinite : rechercher une **origine dentaire**

Dg

Arguments en faveur d'une surinfection bactérienne → traitement antibiotique si 2 critères/3
- Persistance/augmentation des douleurs sinusiennes sous-orbitaires après **48h de traitement symptomatique** (antalgique, antipyrétique, décongestionnant)
- Douleur typique : unilatérale, pulsatile, ↑ tête penchée en avant, acmé en fin de journée/nuit
- ↑ de la rhinorrhée et de la purulence de la rhinorrhée (surtout unilatérale)
- Critères mineurs : - Persistance de la **fièvre** ≥ 3 jours d'évolution
  - Obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux persistantes > **10j**

→ En cas de doute sur l'origine bactérienne d'une sinusite maxillaire : **réévaluation à 48-72h**

PC
- **Rx standard** : non indiquée (souvent prise à défaut)
- **TDM sinusien** : si doute diagnostique, suspicion de complication ou échec d'antibiothérapie
- Si suspicion d'origine dentaire : **examen dentaire** avec **panoramique** + **cliché rétroalvéolaire**

Sinusite frontale

- **Douleur de siège frontal, sus-orbitaire**, parfois **hémicrânienne** : intense, pulsatile, associée à une rhinorrhée et une obstruction nasale
- Confirmé par un **scanner sinusien**

Sinusite sphénoïdale

- Douleur de siège **occipitale** ou d**u vertex,** ou **rétro-orbitaires**
- Naso-fibroscopie : **écoulement muco-purulent à l'ostium du sinus sphénoïdal**
- Confirmé par un **scanner sinusien**

Ethmoïdite aiguë de l'enfant

= Rare, de pronostic potentiellement grave, survenant classiquement chez le jeune enfant
- Principalement à ***S. aureus*, *Haemophilus influenzae*, streptocoque A, pneumocoque**

Forme œdémateuse

- **Œdème palpébral douloureux**, prédominant à l'angle interne de l'orbite et à la paupière supérieure, avec une **fièvre** généralement élevée (39-40°C)
- Origine ethmoïdale : - **Absence de pus conjonctival** (DD : **dacryocystite, conjonctivite**)
  - **Suppuration nasale homolatérale**, parfois sanguinolente
  - **TDM** : **opacité ethmoïdo-maxillaire** à prédominance unilatérale

DD
- **Ostéomyélite du maxillaire supérieur** : œdème prédominant à la paupière inférieure, tuméfaction gingivale et palatine
- **Staphylococcie maligne de la face** (suite à un furoncle de l'aile du nez ou de la lèvre)
- **Erysipèle de la face** : affection streptococcique de la face

TTT
- **Antibiotique large spectre** en ambulatoire si état conservé, avec contrôle à 48h

Forme collectée

= **Collection purulente orbitaire**, classiquement entre l'os planum (paroi interne de l'orbite) et le périoste, refoulant le contenu orbitaire
- **Exophtalmie douloureuse**
- Signe de gravité : **diplopie**, **baisse d'acuité visuelle**, **ophtalmoplégie** complète ou incomplète, **mydriase aréflexique**, **anesthésie cornéenne** → urgence
- **TDM injecté**: - Abcès extra-périosté visible
  - Compliqué: **suppuration intra-orbitaire, thrombophlébite du sinus caverneux**

TTT
- **Drainage chirurgical** de l'abcès et de l'ethmoïdite avec prélèvements
- **Antibiothérapie IV** : **C3G** + **métronidazole** + **fosfomycine** ou **vancomycine**

PC

- **Scanner des sinus** : - Non systématique en cas de sinusite maxillaire : seulement si compliquée ou doute
  - Systématique en cas de suspicion de sinusite frontale, sphénoïdienne ou d'ethmoïdite
- **Prélèvements microbiologiques directs** (pus…) sous contrôle fibroscopique : en cas d'échec d'antibiothérapie

Formes cliniques	Forme récidivante/ traînante		**- Sinusite unilatérale récidivante** (≥ 2 épisodes) : rechercher une **cause dentaire** (si localisation maxillaire) ou une **cause locale** (**tumeur**, **balle fongique**, **anomalie anatomique**) -> **scanner**, voire **IRM** **- Rhinosinusite chronique > 3 mois** : peut s'accompagner de poussées de surinfections aiguë, possiblement lié à une **polypose naso-sinusienne** (obstruction nasale, hyposmie/anosmie, souvent associée à un asthme ou une hyperréactivité bronchique dans le syndrome de Fernand-Widal)
	Forme hyper-algique		**= Sinusite bloquée** : douleur intense, non soulagée par le traitement médical - Soulagement immédiat par **ponction**: - Sinusite maxillaire : par **voie méatale inférieure** - Sinusite frontale: par **voie frontale antérieure** (clou de Lemoine) - Sinusite sphénoïdale : par **voie endo-nasale**
	Forme compliquée	Complication oculo-orbitaire	= Principalement en cas d'ethmoïdite : - **Cellulite palpébrale** **- Abcès orbitaire sous-périosté** **- Cellulite orbitaire**
		Complication cérébro-méningée	= Principalement en cas de sinusite frontale, sphénoïdale ou d'ethmoïdite **:** **- Abcès cérébral, méningite** ou **empyème sous-dural** **- Thrombophlébite du sinus caverneux** ou **du sinus longitudinal supérieur**
		Autre	**- Ostéite frontale** **- Abcès jugal** **- thrombophlébite**
	Immuno-déprimé		**- Rhino-sinusite aiguë fongique invasive** : tableau clinique souvent pauvre (fièvre inexpliquée), pronostic très sombre
TTT	ADULTE		→ **Sinusite compliquée** (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, ophtalmoplégie, douleur insomniante) : **hospitalisation, prélèvements bactériologiques, imagerie** et **antibiothérapie IV** en urgence → **Sinusite maxillaire subaiguë** : réévaluation après traitement uniquement symptomatique pendant 48-72h
		Antibiothérapie	- Indication : - **Sinusite maxillaire** : - Echec d'un traitement symptomatique initial ou complication - Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur - **Sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale** : systématique
			En 1ère intention : - Sinusite aiguë maxillaire : **amoxicilline** 2 à 3g/jour pendant **7 à 10 jours** - Sinusite maxillaire en 2nd intention ou d'origine dentaire, ou sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale : **Augmentin®** pendant **7 jours**
			En cas d'allergie — Aux pénicillines : - **C2G** (**céfuroxime-axétil**) ou **C3G orale** pendant **5 jours**
			En cas d'allergie — Aux β-lactamines : **- Pristinamycine** pendant **4 jours** **- Télithromycine** pendant **5 jours**
			Dernière intention : - **Fluoroquinolone** (**lévofloxacine** ou **moxifloxacine**) pendant **8 jours**
			Suspicion de germe anaérobie : = En cas de bulles d'air (TDM) ou d'odeur fétide (ponction) ou de sinusite compliquée : ajout de **métronidazole**
		Traitement symptomatique	**- Lavage des fosses nasales au sérum physiologique** - **Antalgique** ± **vasoconstricteurs nasaux** (pour une durée maximale de **5 jours**) - **Corticothérapie orale** en courte durée (maximum **7 jours**) : en cas de sinusites aiguës hyperalgiques, associée à une antibiothérapie
		Drainage des sinus	= Très rarement indiqué, en cas d'évolution défavorable - **Drainage chirurgical des sinus** : sinusite aiguë hyperalgique résistante aux antalgiques ou échec du traitement médical, après confirmation par scanner → **ponction** ± **drain** - **Drainage chirurgical du sinus sphénoïdal** si évolution compliquée - **Drainage de collections orbitaires** dans les ethmoïdites compliquées
	ENFANT		- **TDM** non systématique : si doute diagnostique, complication ou sinusite sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale - Traitement symptomatique : **antalgique** + **antipyrétique** ± **corticoïdes** discutés en cas de forme hyperalgique
		Antibiothérapie	= D'emblée ou après une surveillance après 3-4 jours sous traitement symptomatique - Indication d'emblée : forme aiguë sévère de sinusite maxillaire ou frontale, ou tableau de rhinopharyngite se prolongeant ≥ 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant - **Amoxicilline** (80-90 mg/kg/j) en 1ère intention si sinusite maxillaire, pendant **8 à 10 jours** - **Augmentin®** en 2nd intention ou si origine dentaire ou sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale - Allergie : - **C2G/C3G orale** en cas d'allergie à la pénicilline - **Cotrimoxazole** en cas d'allergie aux β-lactamine